

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1926

THÈSE

N°

297

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

Joseph COURTINE

Ancien Interne des Hôpitaux de Clermont-Ferrand

Né le 26 Avril 1900 à Saint Germain-l'Herm (Puy-de-Dôme)

LES SCISSURITES
dans l'Enfance
et leur Diagnostic Radiologique

Président de Thèse : M. le Professeur NOBÉCOURT

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1926

THÈSE
POUR LE DOCTORAT
EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41552805_0074

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Année 1926

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PRÉSENTÉE PAR

Joseph COURTINE

Ancien Interne des Hôpitaux de Clermont-Ferrand

Né le 26 Avril 1900 à Saint-Germain-l'Herm (Puy-de-Dôme)

LES SCISSURITES

dans l'Enfance

et leur Diagnostic Radiologique

Président de Thèse . M. le Professeur NOBÉCOURT

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1926

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale	GUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL.
Chimie organique et chimie générale.....	DESGREZ.
Bactériologie	N...
Parasitologie et histoire naturelle médicale.....	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.....	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.....	N...
Thérapeutique	CARNOT.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée.....	N...
	GILBERT.
Clinique médicale	BEZANÇON
	ACHARD.
	WIDAL.
	MARFAN.
	NOBÉCOURT.
	H. CLAUDE.
	JEANSELME.
	GUILLAIN.
	TEISSIER.
	DELBET.
	HARTMANN.
Clinique chirurgicale	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
	GOUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILÉAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Sans chaire	ROUVIÈRE.

R. UNIV.

BIBLIOTHE

LEIDEN

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
GLAVE.....	Pathologie chirurgic ¹ .	HOVELACQUE....	Anatomie.
GRAMI.....	Pathologie médicale.	JOYEUX.....	Parasitologie
BERTIN.....	Pathologie médicale.	LABBÉ (Henri)...	Chimie biologique.
ASSET.....	Pathologie chirurgic ¹ .	LARDENNOIS....	Pathologie chirurgic ¹ .
UDOUIN	Pathologie médicale.	LE LORIER.....	Obstétrique.
NET.....	Physiologie.	LEMAITRE.....	Oto-rhino-laryngologie
ANCHETIÈRE.	Chimie biologique.	LEMIERRE.....	Pathologie médicale.
ANCA.....	Histologie.	LÉVY-SOLAL....	Obstétrique.
ULÉ.....	Pathologie médicale.	LHERMITTE.....	Pathologie mentale.
TSQUET.....	Pharmacologie et ma- tière médicale.	LIAN.....	Pathologie médicale.
DENAT.....	Pathologie chirurgic ¹ .	MATHIEU.....	Pathologie chirurgic ¹ .
AMPY.....	Histologie.	METZGER.....	Obstétrique.
IRAY.....	Pathologie médicale.	MOCQUOT.....	Pathologie chirurgic ¹ .
ERG.....	Pathologie médicale.	MONDOR.....	Pathologie chirurgic ¹ .
BRÉ.....	Hygiène.	MOURE.....	Pathologie chirurgic ¹ .
de JONG.....	Anatomie pathologique.	MULON.....	Histologie.
VOIR.....	Médecine légale.	PHILIBERT.....	Bactériologie.
ALLE.....	Obstétrique.	RIBIERRE.....	Pathologie médicale.
ESSINGER.....	Pathologie médicale.	RICHET Fils....	Physiologie.
IX.....	Pathologie médicale.	TANON.	Physique médicale.
RNIER.....	Pathologie expériment.	TANON.....	Pathologie médicale.
RVIER.....	Pathologie médicale.	VAUDESCAL.....	Obstétrique.
ITZ-BOYER...	Urologie.	VERNE.....	Histologie
		VILLARET.....	Pathologie médicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		M.	
UGEROT.....	Pathologie médicale.	RETTERER.....	Histologie
ENIOT.....	Obstétrique		

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

à titre permanent

MM.	
AUVRAY.....	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU.....	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL LAVASTINE..	Clinique médicale.
LEREBOULLET..	Clinique médicale in fantile.

MM.	
LERI.....	Clinique médicale.
LCEPER.....	Clinique médicale.
PROUST.....	Clinique chirurgicale.
RATHERY.....	Clinique médicale.
SCHWARTZ.....	Clinique chirurgicale.

CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé...	{ Chargé du cours de chirurgie orthopédique et l'adulte pour les accidentés du travail, les muti- de guerre et les infirmes adultes.
FREY	
CHAILLEY-BERT	
LEDOUX-LEBARD	
	Stomatologie.
	Education physique.
	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans ses dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON GRAND-PERE

A MON PERE, A MA MERE

A ceux qui nous ont toujours entouré de la plus douce affection et d'un dévouement sans bornes, s'imposant pour nous les plus lourds sacrifices, je suis heureux d'offrir ici ce faible témoignage de ma reconnaissance et de mon profond amour filial.

A MA SŒUR, A MES FRERES

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR NOBECOURT
Professeur de Clinique Médicale infantile
à la Faculté de Médecine de Paris ;
Médecin de l'Hôpital des Enfants-Malades ;
Membre de l'Académie de Médecine ;
Officier de la Légion d'Honneur.

Qui nous a fait le grand hon-
neur d'accepter la présidence de
notre thèse.

A MONSIEUR LE DOCTEUR DUHEM
Chef du Service d'Electro-Radiologie
de l'Hôpital des Enfants-Malades.

Témoignage de profonde grati-
tude.

A MON JURY DE THESE

A MES MAITRES

dans les Hôpitaux de Clermont-Ferrand :

MM. les Professeurs BOUSQUET, BILLARD, BUY, MAURIN,
PIOLLET, MORNAC, PLANCHARD;
DELORME, DURIF, GILARD, médecins des Hôpitaux ;
ALARY, GRASSET, RONGIER, Chefs de Clinique.

A MES MAITRES

dans les Hôpitaux de Paris :

M. le Professeur LEGUEU ;
M. le Professeur DE LAPERSONNE ;
M. le Professeur SEBILEAU ;
M. le Docteur AUBERTIN, médecin de l'Hôp. St-Louis ;
M. le Professeur GUILLAIN ;
M. le Docteur LEREBoullet, médecin de l'Hôpital des
Enfants-Malades ;
M. le Professeur CLAUDE.

INTRODUCTION

L'étude des scissurites, beaucoup moins approfondie que celle des pleurésies interlobaires, est appelée à prendre aujourd'hui une grande importance dans la pathologie pulmonaire, depuis surtout que la radiologie, par des méthodes sûres, nous permet de les observer dans tous ses détails et d'en établir un diagnostic indubitable.

Cette connaissance de la pathologie des scissures nous montre que les lésions en sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne le croyait autrefois, qu'en particulier certaines affections, étiquetées jadis sous les noms de névralgie intercostale, rhume de poitrine, pleurite à répétition, bronchite suspecte, ne sont autre chose que des inflammations scissurales, que certaines tuberculoses, faussement attribuées au sommet, ne sont, surtout chez l'enfant, que des tuberculoses des interlobes.

Dans ce travail, nous étudierons d'abord les données anatomiques et anatomopathologiques des scissurites, anatomiques d'abord, sachant quelle importance prend la connaissance exacte de la topographie des scissures pour une juste interprétation des faits

cliniques et radiologiques, anatomopathologiques aussi, connaissant la fréquence extrême des lésions interlobaires, spécialement chez les tuberculeux.

Nous verrons ensuite dans une étude clinique, quels seront, lorsqu'ils existent — ce qui ne sera pas toujours le cas, comme en témoignent nos observations — les symptômes à retenir pour localiser aux scissures ce qui n'a rien de commun avec les lésions des sommets, du médiastin ou des bases.

On peut dire qu'à l'heure actuelle, tout examen pulmonaire clinique, pour être complet, spécialement chez l'enfant et dans la tuberculose, doit porter sur les sommets, sur les scissures, sur les bases. On s'appliquera ainsi à dépister les petits signes qui permettront de soupçonner une lésion interlobaire et d'envoyer l'enfant à l'examen radiologique.

Ainsi nous serons amenés à étudier avec intérêt la partie radiologique, car c'est le radiologiste, et lui seul le plus souvent, qui fera le diagnostic certain. De la sorte notre petit malade ne risquera pas de voir sa lésion, si minime soit-elle, passer inaperçue et pourra bénéficier d'une thérapeutique utile.

Nous publierons à ce sujet quelques clichés d'enfants examinés au Service Radiologique de l'Hôpital des Enfants-Malades, qui serviront à illustrer cette étude.

Nous adresserons ici tous nos remerciements à M. le Docteur DUHEM, chef du Service d'Electro-Radiologie de l'Hôpital des Enfants-Malades. Il nous a très aimablement reçu dans son service, mettant

tout à notre disposition et nous donnant ses conseils éclairés dans l'élaboration de notre thèse. Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre gratitude.

Nous remercierons également notre ami, M. le Docteur Seguin, ancien Assistant de Radiologie à l'Hôpital des Enfants-Malades, pour les intéressants renseignements qu'il nous a donnés dans la partie radiologique.

DEFINITION

Nous entendrons par *scissurite* l'inflammation aiguë ou chronique simple de la plèvre des scissures, avec formation de *fausses membranes*, production de fibrine, mais *sans épanchement*, cette inflammation pouvant amener une *symphyse* plus ou moins complète.

Il va sans dire que par suite de connexions vasculaires intimes entre les scissures et le parenchyme pulmonaire de voisinage, il nous sera impossible anatomiquement et cliniquement d'isoler les lésions interlobaires des lésions pulmonaires. De même qu'à l'heure actuelle, avec raison, on tend à remplacer, dans le vocabulaire médical, le mot pleurite par celui de cortico-pleurite qui répond mieux à nos connaissances actuelles, de même nous dirons que toute scissurite s'accompagne de *périscissurite*.

Toutefois, nous nous bornerons à étudier ici les cas dans lesquels les lésions scissurales constitueront l'élément prédominant, ou tout au moins un élément totalement distinct des lésions parenchymateuses, sans cependant méconnaître les altérations pulmonaires concomitantes.

ANATOMIE ET TOPOGRAPHIE DES SCISSURES

Le poumon gauche possède deux lobes, séparés par un espace interlobaire qui est la *scissure*.

Cette scissure, vue sur sa face externe, se dirige

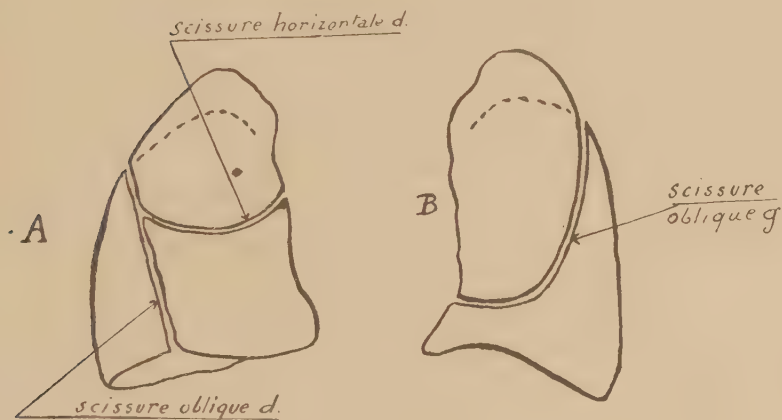


Schéma représentant la face antéro-externe des poumons avec la direction des scissures interlobaires (la ligne pointillée représente le prolongement de la scissure oblique en arrière)

A. Poumon droit. B. Poumon gauche

obliquement de haut en bas et d'arrière en avant. Elle est donc appelée *scissure oblique*.

Le poumon droit, par contre, possède trois lobes : supérieur, moyen, inférieur. Il présente une *scissure oblique* également de haut en bas et d'arrière en avant, qui sépare le bloc lobaire supérieur du lobe inférieur. Mais un peu au-dessous de sa naissance cette scissure se bifurque pour donner une scissure, à peu près *horizontale* le plus souvent, qui sépare le lobe supérieur du lobe moyen.

Les scissures interlobaires sont tapissées dans toute leur étendue par le feuillet *viscéral* de la plèvre, qui entoure le poumon et se réfléchit à leur niveau. Les lobes pulmonaires seront donc séparés par un double feuillet pleural qui, à l'état normal, permettra le glissement des deux feuillets séreux sous l'action de la mécanique respiratoire, au même titre que les feuillets pariétal et viscéral de la grande plèvre. Cette séreuse viscérale interlobaire constitue également une cavité virtuelle à l'état normal.

Il est d'un grand intérêt, comme nous le verrons par la suite, de connaître les rapports de la paroi thoracique avec les scissures interlobaires.

Ces rapports, indiqués par Luschka (1857), puis par Rochard (1872), cités par Testut, diffèrent légèrement. Les anatomistes, en effet, se basant sur l'étude de nombreux cadavres, ont trouvé une diversité de cas assez grande. Toutefois, nous donnons leurs résultats d'ensemble qui permettent, la plupart du temps, une approximation suffisante.

La *scissure oblique gauche* commence en haut et en arrière au niveau de l'extrémité vertébrale de la

4^e côte, ou du 3^e espace intercostal, pour se terminer au niveau de l'extrémité antérieure de la 6^e côte, à l'union de la côte et du cartilage. Sur la ligne axillaire, elle occupe à peu près la face interne du 5^e espace intercostal ou de la 5^e côte.

La *scissure oblique droite*, un peu plus horizontale que la gauche, commence en haut et en arrière au niveau de l'extrémité vertébrale de la 3^e côte (Luschka), ou de la 4^e (Merkel), ou de la 5^e côte (Rochard). De là, elle se termine à la face interne de la 6^e côte, à cinq ou six centimètres de la ligne médiane. Elle est en rapport sur la ligne axillaire avec la 5^e côte.

La *scissure horizontale droite* naît de la scissure oblique au niveau du 4^e espace intercostal. De là, elle se porte en avant, croise obliquement la face interne de la 4^e côte et se termine à l'extrémité antérieure de la 3^e côte.

Ces rapports s'entendent chez l'adulte. Toutefois, ils conservent leur valeur chez l'enfant, en tenant compte de ce fait que, les limites inférieures du poumon étant plus élevées chez l'enfant que chez l'adulte, d'après Poirier, les scissures, particulièrement la scissure horizontale droite, seront légèrement déplacées en haut et en avant par rapport à la paroi thoracique.

On pourrait croire toutefois que les rapports des scissures, précis sur le cadavre, ne soient pas les mêmes sur le vivant, lors d'un examen clinique ou

(1) GARCIN. *Journal de Radiologie*, février 1922.

radiologique. Aussi J. Garcin ⁽¹⁾ a-t-il eu l'ingénieuse idée de glisser dans la scissure une mince feuille d'étain, découpée à sa dimension exacte et cousue au tissu pulmonaire, puis d'examiner aux rayons X.

Il a trouvé, pour les scissures obliques, des résultats analogues à ceux des anatomistes, et pour la petite scissure droite une direction légèrement oblique de haut en bas et de dedans en dehors, aussi souvent qu'une orientation franchement horizontale.

Nous verrons bientôt que cette morphologie et cette topographie des scissures pourront varier sous l'action des lésions pathologiques des interlobes, scissurites et sclérose des scissures.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE ⁽¹⁾

Les lésions des scissures sont extrêmement fréquentes. Il n'est pas d'autopsies de phthisiques n'offrant une symphyse plus ou moins complète des interlobes (Piery).

A) PLÈVRE NORMALE

La séreuse pleurale est constituée dans son ensemble par une couche uniforme d'*endothéliums lamelleux*. Ce revêtement endothélial est supporté dans la plèvre viscérale par une couche sous-endothéliale de fibres élastiques enchevêtrées, *limitante élastique superficielle*.

La couche moyenne, conjonctive, plus épaisse, contient les vaisseaux sanguins et lymphatiques, particulièrement abondants à ce niveau. *Ces lymphatiques et ces veinules s'anastomosent avec l'origine des lymphatiques et des veinules périlobulaires.*

Enfin la couche profonde, *limitante élastique profonde*, est intimement unie avec le parenchyme pul-

(1) D'après le *Précis d'Anatomie pathologique* de LETULLE et NATTAN-LARRIER.

monaire sous-jacent. Ses fibres élastiques s'anastomosent étroitement avec le squelette élastique des alvéoles terminaux.

B) SCISSURITE

Il est bien évident que les lésions inflammatoires de la plèvre scissurale ne diffèrent pas d'une façon essentielle des autres lésions pleurales. Toutefois, il convient de signaler que la plèvre interlobaire est un des sièges de prédilection des manifestations anatomo-pathologiques des pleurites.

1° Scissurite inflammatoire aiguë

Dès le début l'aspect brillant de la séreuse normale disparaît par endroits pour laisser place à un enduit qui se détache facilement.

A un stade plus avancé, on voit un exsudat jaunâtre sanguinolent et imbibé de sérosité citrine. Cet exsudat unit l'un à l'autre les deux feuillets pleuraux par des tractus plus ou moins lâches.

Plus tard, cette *fausse membrane* s'épaissit à l'intérieur des scissures interlobaires et arrive à souder l'un à l'autre les deux lobes pulmonaires adjacents. Elle est lisse, régulière, de coloration jaunâtre, très adhérente à la surface pulmonaire. Son épaisseur peut aller jusqu'à un centimètre.

Ce tissu néo-membraneux s'organise. Il y a production de vaisseaux de nouvelle formation qui se conti-

nuent avec les vaisseaux du tissu pleural épaissi. Ces capillaires cheminent entre les logettes que constitue le réseau fibrineux. Entre les placards fibrineux flottent de nombreux éléments cellulaires : cellules endothéliales desquamées et proliférées, quelques leucocytes mononucléaires, nombreux polynucléaires, nombreux globules rouges.

Peu à peu la fibrine se résorbe. Les lamelles se densifient, s'amincissent, se liquéfient, et les débris sont finalement englobés en même temps que les leucocytes par des macrophages. Il se forme le long des vaisseaux sanguins de nouvelles fibres conjonctives jeunes. Ces vaisseaux traversent la fausse membrane, le plus souvent perpendiculairement à la surface de l'exsudat, et vont s'anastomoser avec les vaisseaux de nouvelle formation nés du feuillet pleural : ainsi s'ébauche une *symphyse pleurale*.

Le tissu propre de la plèvre subit une évolution analogue : prolifération de cellules conjonctives, sérosité comblant les interstices du tissu fibreux, afflux de leucocytes polynucléaires et mononucléaires, quelques globules rouges.

2° Scissurite chronique

Comment se terminera cette pleurite exsudative ?

Tantôt par *résorption complète*. L'exsudat fibrineux se résorbe. Le tissu conjonctivo-vasculaire de la néo-membrane s'affaisse, les capillaires disparaissent.

A la surface de la plèvre ne persiste plus qu'un léger épaississement, constitué par quelques lamelles fibroïdes qui, accolées à la surface de la limitante élastique externe, sont recouvertes d'une couche endothéliale régénérée, *taches laiteuses* de la plèvre (Letulle et Nattan-Larrier).

Plus souvent, il y a formation d'*adhérences pleurales*. Au microscope, ces adhérences sont composées de faisceaux conjonctifs onduleux, parsemés de cellules fixes et inerustés de grains de charbon ; dans leurs intervalles sont ménagés des espaces irréguliers où se logent de larges capillaires sanguins flexueux, des veinules, quelques artérioles, des réseaux lymphatiques, des pelotons adipeux, parfois aussi des filets nerveux (Letulle et Nattan-Larrier). Si la fibrine a totalement disparu, il persistera quelques tractus fibreux, riches en vaisseaux, qui réuniront la circulation des deux feuillets pleuraux.

3° Scissurite tuberculeuse

Les lésions anatomopathologiques et histologiques sont les mêmes. On voit, en outre, les deux feuillets pleuraux infiltrés de placards nodulaires *caséux*, visibles à l'œil nu sous forme de petits amas jaunâtres, discrets, et au microscope sous l'aspect de *follicules* conglomérés, à centre caséifié et à pourtour formé de nombreux mononucléaires au milieu desquels on distingue des cellules géantes. On trouvera

quelquefois des bacilles de Koch. Cette scissurite donnera le plus souvent lieu à une *symphyse pleurale*.

4° Sclérose des scissures

Elles se rencontrent au cours de la tuberculose pulmonaire évolutive. Non seulement les deux feuillets pleuraux sont soudés, mais ils sont le siège de déformations. Rist et Ameuille ⁽¹⁾, après vérifications anatomiques et radiologiques, ont constaté :

Le plus souvent une *ascension* de la scissure vers le sommet du poumon, par suite de brides de sclérose rétractile, le sommet étant fréquemment intéressé. Si cette ascension se fait en bloc, la scissure reste *rectiligne*. Si elle prédomine au centre, les deux extrémités restant fixes, l'interlobe est *incurvé*, on aura une *incurvation en coupole* au-dessus du lobe inférieur.

5° Lésions pulmonaires periscissurales

Elles sont constantes : lésions de congestion et d'œdème, fluxion pleuro-pulmonaire, avec, dans certains cas, fines granulations grises disséminées, aspect gris rougeâtre du poumon en état de collapsus, ne

(1) RIST et AMEUILLE. Déformation de la scissure interlobaire dans la tuberculose pulmonaire. *Bulletin et Mémoire de la Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, Décembre 1921.

font que traduire l'atteinte parenchymateuse péri-scissurale.

6° Adénopathie trachéo-bronchique

Elle est très fréquente au cours des scissurites, plus particulièrement des scissurites tuberculeuses de l'enfance. Les plus fréquemment atteints sont les ganglions interbronchiques, ganglions du hile et les ganglions intrapulmonaires et péribronchiques.

Tantôt petits, rougeâtres, sans tubercules, tantôt présentant de fines granulations miliaires, tantôt enfin durs, arrondis ou bosselés, ces ganglions ont un centre caséifié et une coque périphérique sclérosée.

Ils s'accompagnent de périadénite qui les unit entre eux ou aux organes voisins.

ETIOLOGIE - PATHOGENIE

Dans les antécédents des enfants que nous avons examinés, nous relevons toutes les maladies infectieuses du premier ou du deuxième âge, coqueluche, typhoïde, rougeole, scarlatine, bronchites, pneumococcies, diphtérie, oreillons.

Il est bien évident que celles de ces maladies infectieuses qui ne se localisent pas au poumon, ne peuvent avoir qu'un rôle occasionnel ou adjuvant, soit en débilitant l'organisme et permettant l'entrée d'un agent étiologique plus direct (pneumocoque et bacille de Koch), soit en infectant les ganglions péri-trachéaux dont le rôle défensif sera amoindri ou annihilé.

Les *pleurésies interlobaires*, avec épanchement séro-fibrineux ou purulent, donnent parfois en se résorbant des phénomènes de sclérose ou de symphyse des interlobes, rarement des scissurites.

Plus fréquemment, les *pneumococcies*, cause de pneumonie fibrineuse (Troisier), de congestion pulmonaire (Talamon), de pleuro-congestion (Potain) et même de broncho-pneumonies (Netter) sont une cause de scissurite.

Ces pleurites interlobaires, *pleurites métapneumoniques*, qu'elles soient en marge des scissures, qu'elles soient en profondeur sur les lames scissurales, représentent la réaction pleurale des foyers pneumoniques nécrosants logés sur un point quelconque de l'interlobe (Sabourin).

Nous savons que les *pneumonies* marginales se logent 6 à 7 fois sur 10 à l'origine vertébrale de la scissure (Sabourin), et qu'elles s'accompagnent de phénomènes congestifs énormes.

La scissure dont, comme nous l'avons vu, les capillaires sanguins et lymphatiques sont en communication avec ceux du parenchyme pulmonaire de voisinage, réagira en donnant des phénomènes d'interlobite sèche ou avec épanchement.

Parfois, ce n'est plus que dans les antécédents du jeune malade examiné pour une autre raison que nous avons relevé des pneumonies, broncho-pneumonies, ou des maladies infectieuses, rougeole, coqueluche, grippe, s'accompagnant souvent de complications respiratoires; en même temps nous constatons que ces sujets portaient les signes radiologiques des scissurites, sans pouvoir établir une relation de cause à effet entre leurs affections passées et les interlobites ultérieures. Ces cas, assez rares, répondraient à des *scissurites primitives*, nées sur des terrains en état de moindre résistance.

En revanche, nous avons observé, par l'examen radioscopique pratiqué chez un grand nombre d'enfants, que la plupart de nos malades atteints de scis-

surite étaient porteurs d'adénopathies trachéobronchiques. Nous connaissons la grande fréquence de ces infections chez l'enfant. Nous savons également que ces adénites sont plus souvent tuberculeuses qu'inflammatoires; le Professeur Nobécourt et Aptekmant (1909), en étudiant la réaction à la tuberculine des enfants atteints d'adénopathies trachéo-bronchiques, l'ont trouvée positive dans 56 % des cas. Il n'est donc pas étonnant que les mêmes causes se retrouvent à l'origine des adénopathies et des scissurites. Et, du reste, la loi de Parrot, admise en règle générale, nous apprend que la tuberculose pulmonaire s'accompagne toujours d'une adénopathie similaire au niveau du médiastin. Ce qui ne veut certes pas dire que toute adénopathie médiastine est de nature bacillaire.

Royer ⁽¹⁾ fait justement observer que :

« Beaucoup d'adénopathies trachéo-bronchiques durables, cliniquement appréciables, s'accompagnent d'une cuti-réaction négative. Dans ce cas également, l'examen radioscopique du thorax ne montre, en général, ni lésion pulmonaire, ni médiastinale, ni scissurale.

« A une cuti-réaction positive correspondent en général des ganglions trachéo-bronchiques plus ou moins tuméfiés. Dans ce cas, l'examen radioscopique montrera le plus souvent des lésions pulmonaires, scissurales et médiastinales concomitantes.

« Une cuti-réaction positive et même fortement

(1) ROYER. *Thèse de Paris*, 1922.

positive est compatible avec des ombres hilaires à peine marquées, alors que l'examen radioscopique montre la coexistence d'une lésion pulmonaire, scissurale ou médiastinale. »

Conformément à cette dernière opinion, il nous semble, d'après l'ensemble des cas que nous avons observés, que la tuberculose est plus fréquemment en cause dans l'étiologie des scissurites qu'elle ne l'est dans l'étiologie des adénopathies trachéo-bronchiques.

Le *Bacille de Koch* est en effet le grand responsable de ces inflammations interlobaires, et nous savons aujourd'hui que ces pleurites tuberculeuses récidivantes, bien étudiées par Piery (1909), puis par Sergent (1916), sous les signes de la pleurite des sommets, ont des localisations moins souvent apexiennes et basales que scissurales, avec fréquentes petites poussées pneumoniques sous-jacentes.

Pour notre part, chez les jeunes malades que nous avons examinés, les signes radiologiques, la cuti-réaction chez les enfants de moins de deux ans, l'évolution de la maladie, les signes généraux, la présence parfois du bacille de Koch dans les crachats, nous ont fait porter le diagnostic de tuberculose pulmonaire dans une proportion de 80 % des cas environ.

Comment se fait donc l'infection de la plèvre scissurale ?

Dans certains cas, il peut s'agir, comme nous l'avons vu plus haut, d'un *foyer pneumonique juxta-scissural* qui vient infecter la plèvre par voie de contiguité. On sait, en effet, que les poussées pneumo-

niques, fréquentes chez les tuberculeux, répondent strictement dans leur localisation à une topographie scissurale : leur lieu d'élection est le voisinage de la scissure pulmonaire en arrière, non loin de la colonne vertébrale. Le foyer pneumonique occupe ainsi au voisinage de la scissure tout ou partie du lobe supérieur.

A ce sujet, nous insisterons sur ce fait que la scissure joue le rôle d'une barrière puissante pour entraver l'extension d'une affection lobaire, et à l'heure actuelle nous admettons comme exacte la *loi de la limitation lobaire* : en général, une affection à marche envahissante occupant un lobe du poumon s'arrête à la barrière scissurale, tout au moins pendant un certain temps, et gagne rarement, à travers la scissure, le lobe voisin.

Autre mode d'infection : il s'agit quelquefois de *petits foyers de tuberculose sous-pleurale*, se propageant secondairement à la plèvre en envahissant les tissus voisins.

Dans d'autres cas, nous admettons avec Sabourin un mode pathogénique différent :

« La pleurite sèche scissurale peut être le phénomène de réaction pleurale des *embolies bronchiques* tuberculeuses qui vont se loger soit en marge, soit en profondeur de l'interlobe. Etant donnée la fréquence des pleurésies sèches interlobaires chez les tuberculeux ne présentant que des lésions insignifiantes tout à fait au sommet du poumon, il semble que ce mode pathogénique doit être commun. »

Plus souvent, à notre avis, l'infection des interlobes se fera par propagation d'une infection de la plèvre, soit par extension d'une pleurésie sèche de la grande plèvre, soit plus fréquemment par *extension de la pleurésie médiastine* qui accompagne ordinairement la tuberculose du sommet, des ganglions hilaires ou la pleurite péricanglionnaire.

SYMPTOMATOLOGIE

L'étude sémeiologique des scissurites a été longuement faite par Sabourin, au cours de différents travaux. Nous ne saurions mieux faire, dans cette brève étude clinique, que de nous inspirer de ces remarquables travaux, en insistant toutefois sur ce fait que si certaines scissurites présentent des symptômes cliniques nets, d'autres — et certaines de nos observations l'attestent — n'ont aucun signe pathognomonique d'interlobite, et le diagnostic ne pourra être fait que par le secours de l'écran.

Nous ne nous arrêterons pas longtemps aux symptômes généraux qu'on trouve chez la plupart de ces malades : antécédents de bronchites à répétition, inappétence, insomnies, sueurs nocturnes, poussées thermiques surtout vespérales, teint pâle, toux sèche, amaigrissement, quelquefois hémoptysies, sont autant de symptômes qui ne permettent guère de mettre en doute une tuberculose pulmonaire. Du reste, dans les cas où nous avons pu pratiquer la cuti-réaction, chez des enfants de moins de deux ans où elle conserve toute sa valeur, nous trouvons un résultat positif.

Dans une de nos observations, chez une enfant de vingt mois, nous obtenons une cuti négative, avec diagnostic clinique de congestion pulmonaire de la base droite. C'est là cependant un cas assez rare.

Outre ces divers symptômes, qui n'ont rien de pathognomonique, il faut insister sur le signe le plus constant des pleurites interlobaires, celui qui à lui seul permettra souvent de faire le diagnostic, le *point de côté scissural*, longuement décrit par Sabourin.

Le plus fréquent est le point *juxta-vertébral*, à la hauteur de la 3^e ou de la 4^e côte, à l'origine de la grande scissure; c'est là, en effet, le lieu d'élection pour les lésions pleuropneumoniques tuberculeuses, qu'elles soient dans la partie adjacente du lobe supérieur ou du lobe inférieur. Ce point existe des deux côtés.

A l'extrémité antérieure de la grande scissure, au niveau de la 6^e côte, est le point *antéro-inférieur*. Ce point existe également des deux côtés.

Enfin, à droite, nous avons vu plus haut que la scissure horizontale se détache de la scissure oblique droite, un peu en arrière de la ligne axillaire, sur le 4^e espace intercostal. A ce niveau existe le *point rétro-axillaire*.

A l'extrémité antérieure de la petite scissure, dans le 3^e espace intercostal, existe le *point antéro-supérieur*.

Ces points, lorsqu'ils existent, sont caractéristiques d'une souffrance de l'interlobe, qu'on les rencontre tous ou l'un d'entre eux, d'un côté ou des deux côtés.

Personnellement, nous ne les avons pas rencontrés très fréquemment. Ces points douloureux peuvent être spontanés, s'exagérant dans les mouvements, les quintes de toux, les grandes inspirations. Parfois, au contraire, ils sont provoqués par la pression du doigt en ces points électifs. En ce cas, la pression provoque aussi généralement un mouvement de défense musculaire de la paroi. Mais la douleur, au lieu de siéger sur l'un de ces points, peut être « *en écharpe* » sur tout le trajet d'une ou des scissures. A droite, si elle occupe les deux scissures, on pourra avoir une douleur en fourche, en Y. Ces cas sont d'ailleurs rares.

La pathogénie de ces points de côté est difficile à saisir, puisqu'elle ne correspond pas, comme les névralgies intercostales, à des trajets de rameaux nerveux bien définis. Peut-être ce foyer inflammatoire de l'interlobe provoque-t-il une congestion pleurale qui occasionne une sensibilité particulière de la paroi de voisinage. En tout cas, cliniquement, ils ne peuvent être mis en doute.

Étiologiquement, ils sont dus, soit à une irritation des ganglions tuberculeux périhilaires, soit à l'implantation d'un foyer pleuro-pneumonique plus ou moins nécrosant, dans un des angles pulmonaires qui limitent l'origine vertébrale des scissures (Sabourin), soit enfin à tous les grands processus inflammatoires de l'interlobe, grandes pleurésies sèches, membraneuses, épanchements séreux enkystés, car ils se rencontreront aussi dans les épanchements interlobaires.

Outre ce point de côté, peut-on trouver d'autres signes ?

Cela dépendra évidemment de l'intensité de la réaction inflammatoire scissurale.

Tantôt il s'agit d'une simple *souffrance interlobaire* (Sabourin).

Un malade, le plus souvent tuberculeux, porteur d'une adénopathie trachéo-bronchique latente, est pris brusquement après une fatigue exagérée ou même sans cause apparente de malaises, frissons, point de côté siégeant au voisinage de la 6^e côte ; la pression à ce niveau provoque une vive douleur. Si on fait tousser le malade, la douleur est réveillée. On ausculte ; on ne trouve pas de râles, mais seulement un peu d'obscurité respiratoire au niveau des scissures. Quelquefois le point de côté à droite sera perçu également au niveau du 3^e espace intercostal. Pas de fièvre, quelques secousses de toux. Au bout de quelques jours, tout a disparu.

On peut dire qu'il n'y a pas eu là pleurite véritable, mais bien plutôt souffrance interlobaire.

Dans d'autres cas, outre la symptomatologie précédente, on constate une élévation thermique de un à deux degrés, qui persiste quelques jours. On fait tousser le malade et on découvre le long de la scissure, en un ou deux points distincts, le plus souvent un petit foyer de bruissements secs, inconstants, quelquefois de petits frottements légers, rarement de gros frottements pleuraux à timbre de cuir neuf. A la percussion, on trouve au même niveau une légère

matité qui contraste avec la sonorité de voisinage. Cette matité est due à l'épaississement des lames interlobaires et à la congestion périscissurale inséparable. Quelques jours et, comme précédemment, tout rentre dans l'ordre.

Cette fois, les frottements nous attestent la présence de *fausses membranes* à la surface des feuillets pleuraux; la scissurite est indiscutable.

Enfin, un degré de plus, et c'est la *pleurite en bouton de chemise* (Sabourin). La douleur persiste, plus tenace et plus violente, exacerbée par la pression de la toux, les frottements s'étendent, prennent l'allure de frottements-râles de Damoiseau, la matité s'accroît, ce qui traduit l'extension de la zone congestive de voisinage, la fièvre se maintient une quinzaine de jours, quelquefois beaucoup plus longtemps. On assiste alors à une *extension de la pleurite interlobaire à la grande cavité pleurale à travers les fissures scissurales* (Sabourin). Tous ces signes pourront être assez nets pour imposer l'idée d'un épanchement interlobaire et entraîner une ponction exploratrice qui sera négative.

On peut voir par là que le tableau clinique est, somme toute, assez bref, sans aucun de ces incidents dramatiques qui dirigent tout de suite l'attention du médecin vers la clef du diagnostic. Il faudra que le clinicien, dans l'examen pulmonaire du jeune sujet, surtout s'il constate des symptômes de bacilliose torpide ou évolutive, ait toujours présente à l'idée la possibilité d'une scissurite, lorsque le malade lui

signalera des points de côté dont il devra chercher le siège précis. Il fera une exploration méthodique des scissures, et s'il ne constate que des signes négatifs, c'est-à-dire l'absence de matité et une obscurité respiratoire plus ou moins grande à ce niveau, demandera l'examen radiologique et surveillera l'évolution.

ETUDE RADIOLOGIQUE

En 1902, M. A. Béclère ⁽¹⁾, en examinant une femme de 67 ans atteinte de phthisie chronique fibreuse, trouva à la percussion une zone de matité à la face antérieure du poumon droit. Au-dessous de la matité sous-claviculaire, il constata une sonorité tympanique coupée en deux par une petite zone de matité occupant le 3^e espace intercostal droit et s'étendant en dedans jusqu'au bord droit du sternum. Il pratiqua l'examen radiologique en plaçant la malade en position antéro-postérieure, c'est-à-dire le thorax en contact avec l'écran, et ne trouva qu'une diminution générale de la clarté du champ pulmonaire, plus accentuée à droite qu'à gauche il est vrai, mais sans autre localisation.

C'est alors qu'il eut l'idée, le premier, par une manœuvre qui est restée classique, et que nous allons voir, de faire varier à la fois les positions de l'ampoule radiogène, du malade et de l'écran, en compa-

(1) A. Béclère. Examen radioscopique des plevres interlobaires et diagnostic de la sclérose de l'interlobe. *Presse Médicale*, 1^{er} mars 1902.

rant les résultats. Il obtint ainsi une visibilité parfaite des scissures obliques pathologiques.

Par la suite, Gilson ⁽²⁾, en rappelant et confirmant les résultats de Béclère, quant aux scissures obliques, précisa l'interprétation radiologique de certains faits concernant la scissure horizontale droite.

Enfin, tout récemment, MM. Duhem, Séguin et Lemaire, dans une communication à la Société de Pédiatrie (décembre 1925) ont insisté à nouveau sur le grand intérêt de ces explorations, en rappelant les heureux résultats qu'on en retire par une pratique systématique telle qu'elle est faite à l'Hôpital des Enfants-Malades.

Donc, si l'on examine en position antéro-postérieure un malade porteur d'une lésion interlobaire, l'ampoule étant placée en position moyenne habituelle, c'est-à-dire environ à la hauteur de la base du cœur, l'image obtenue se présente sous forme d'une zone d'obscurité homogène, à contours plus ou moins flous, occupant une grande partie de la plage pulmonaire inférieure. Souvent même c'est une simple diminution de transparence (Voy. Fig. 1).

En examen postérieur, c'est-à-dire la face postérieure du thorax étant tout entière en contact avec l'écran, l'image radioscopique n'est pas différente.

Si, à ce moment, remettant le malade en position antéro-postérieure, nous élevons l'ampoule, nous voyons l'image se condenser, augmenter d'intensité à

(2) GILSON. Exploration radiologique des interlobes pulmonaires à l'état pathologique. *Journal de Radiologie*, Janvier 1922.



OBSERVATION IV

FIG 1. — Scissurite oblique droite, en position antéro-postérieure.
ampoule en position moyenne.

Présence d'une ombre peu accentuée, à limites imprécises.
à la base droite.

mesure qu'on élève l'ampoule, pour aboutir bientôt à une *bande rectiligne, à limites supérieure et inférieure très nettes*, assez étroites, allant de l'ombre axillaire à l'ombre médiane dans une direction légèrement oblique de haut en bas; cette bande, qui partage en deux étages superposés le champ pulmonaire, au lieu d'être rectiligne, présente quelquefois une légère courbure à concavité inférieure (Voy. Fig. 2). Si nous voulons savoir à quelle hauteur se trouve l'ampoule, nous voyons que pour une distance de l'ampoule à l'écran de 50 centimètres environ, la bande sombre apparaît seulement avec toute sa netteté, dans l'examen antérieur, quand l'ampoule est élevée à la hauteur des oreilles du malade (Béclère).

Inversement, au cours de l'examen postérieur, la même bande sombre apparaîtra à mesure qu'on abaisse l'ampoule. Cette bande sombre apparaît seulement dans toute sa netteté, dans l'examen postérieur, quand l'ampoule est abaissée au niveau des articulations coxofémorales du malade (Béclère).

L'explication de ce fait est facile. Nous savons qu'anatomiquement les grandes scissures droite et gauche sont dirigées obliquement de haut en bas et d'arrière en avant; ainsi les rayons de l'ampoule, lorsque celle-ci est en position moyenne, traverseront la scissure dans sa faible épaisseur, qui peut aller de quelques millimètres à un centimètre, et il se projettera sur l'écran une image floue, à contours peu nets et de teinte faible au point de paraître parfois invisible.

A mesure qu'on élèvera l'ampoule, le *faisceau de rayons traversera la scissure dans une épaisseur de plus en plus grande, jusqu'à la position optima qui sera celle où le foyer d'émission des rayons se trouvera exactement dans le plan de la scissure*. Les rayons de Rœntgen auront alors à franchir une épaisseur qui sera de plusieurs centimètres et donneront sur l'écran la bande sombre précédemment décrite.

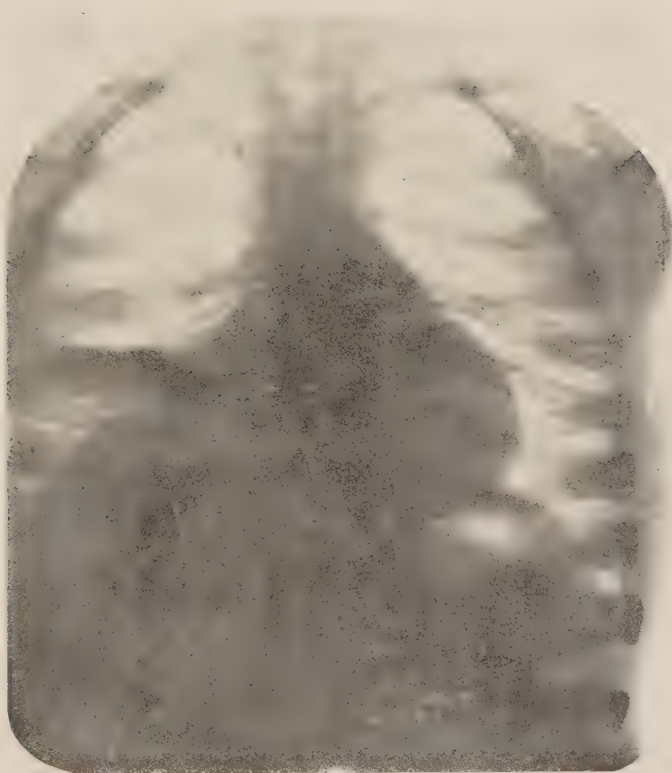
Le même phénomène se produira, le sujet étant en position postérieure, si on abaisse l'ampoule.

Mais continuons la manœuvre. Replaçons l'ampoule en position moyenne et le malade face à l'écran. La bande sombre a de nouveau disparu. Si nous faisons alors tourner le malade sur lui-même, de façon à l'amener à la position oblique antérieure droite, le bord antérieur de l'aisselle droite étant toujours en contact avec l'écran, nous voyons reparaître une *bande sombre*, à peu près rectiligne, dirigé de l'ombre axillaire droite vers l'ombre cardio-aortique, formant avec l'horizontale un angle d'environ 45° dans le cas d'une scissurite oblique droite (Voy. Fig. 3).

S'il s'agit d'une scissurite gauche, nous aurons une image identique à gauche, en plaçant le malade en position oblique antérieure gauche.

Ici encore la bande opaque sera obtenue lorsque les rayons traverseront le plan de l'interlobe dans toute sa longueur.

Mais Gilson remarque justement que les lois de Bécclère ne sont pas valables en cas d'interlobite supérieure.



OBSERVATION IV

FIG. 2. — Scissurite oblique droite, en position antéro-postérieure, ampoule élevée à hauteur de la tête.

L'ombre de la figure précédente s'est condensée, est devenue plus opaque et donne l'image d'une bande étroite, à limite supérieure très nette.

La limite inférieure plus floue, traduit la lésion du parenchyme avoisinant.

Il constate que :

1° Le foyer d'ombre, bien visible lorsque l'ampoule est à sa hauteur, disparaît si celle-ci s'élève ou s'abaisse.

2° Le foyer d'ombre, léger lorsque l'ampoule est à sa hauteur, disparaît si on élève celle-ci. Si on l'abaisse au contraire, l'ombre prend son maximum d'intensité lorsque le foyer est un peu au-dessous de l'image, puis elle s'atténue de nouveau, et dans certains cas, peut disparaître si l'on continue d'abaisser l'ampoule.

Les premiers faits s'expliquent très bien si l'on admet — ce qui est le cas habituel — que la petite scissure droite est horizontale ou tout au moins rectiligne.

La deuxième constatation, elle, provient d'une direction légèrement ascendante en avant de l'interlobe supérieur.

Le diagnostic à l'écran de ces lésions scissurales sera, si l'on tient compte des faits précédents, en général facile.

En position antéro-postérieure on pourrait les confondre avec une tuberculose du lobe moyen, avec la congestion pulmonaire, rarement avec une pneumonie caséuse.

La *tuberculose pulmonaire* donne généralement une ombre plus marbrée, plus diffuse, moins homogène.

La *pneumonie caséuse* s'accompagne souvent de granulations disséminées dans le parenchyme pulmonaire, elle siège plus fréquemment au lobe supérieur.

La *congestion pulmonaire*, d'une tonalité légère, à contours flous, pourrait plus facilement être confondue avec une scissurite oblique. Par la manœuvre de Beclère, le diagnostic de lésion interlobaire s'imposera incontestablement.

Remarquons toutefois que ce procédé d'examen conserve toute sa valeur dans le cas d'une *inflammation interlobaire avec épanchement*. En ce cas, l'image obtenue en position oblique antérieure ou lorsqu'on élève l'ampoule, n'aura pas la forme d'une bande sombre, étroite, à limites supérieure et inférieure absolument tranchées, mais plutôt d'une large tache opaque, à tonalité très accentuée et à contours le plus souvent *arrondis*.

Si l'image était intermédiaire, il y aurait parfois lieu de poser un point d'interrogation, en s'aidant, pour établir le diagnostic, de la clinique et de l'évolution ultérieure de l'affection.



OBSERVATION IV

FIG. 3. — Scissurite oblique droite, en position oblique antérieure droite, ampoule en position moyenne.

Présence d'une bande très opaque, à limites tranchées, à direction oblique en bas et en avant, allant du hile à la coupole diaphragmatique.

EVOLUTION - PRONOSTIC

Que deviendront par la suite ces lésions interlobaires ? Il est clair que si elles survenaient chez des malades indemnes de toute autre atteinte pulmonaire, l'évolution en serait généralement bénigne. Nous connaissons en effet nombre de cas de *guérison* totale de scissurites après vérifications cliniques et radiologiques.

Mais nous ne devons pas oublier qu'elles se rencontrent le plus souvent chez des tuberculeux, et que, par conséquent, leur seule présence est un indice d'état morbide spécial.

Dans certains cas, elles seront le point de départ de *poussées congestives et inflammatoires*, d'*épanchements séreux* dans l'interlobe, rarement *purulents*.

Ces épanchements, à leur tour, se résorberont, spontanément le plus souvent, sans laisser de traces.

Plus fréquemment, nous verrons ces scissurites à répétition évoluer en donnant des *adhérences étendues*, une *symphyse pleurale* irréductible. Cette symphyse des interlobes, non seulement gênera l'hématose en limitant l'expansion thoraco-pulmonaire,

mais sera dans le *pneumothorax thérapeutique*, un continuel obstacle à vaincre pour l'obtention d'une complète compression pulmonaire.

Enfin la pleurite membraneuse en bouton de chemise laissera des *reliquats*, non seulement dans l'*interlobe*, mais dans la *grande plèvre*, au niveau de la fuite de pleurite sèche, ce qui, chez un sujet déjà débilité, amoindrira encore la défense de l'organisme.

DIAGNOSTIC

Il y aura le plus grand intérêt à faire le diagnostic toutes les fois que les scissurites constitueront la seule manifestation apparente, tangible en quelque sorte, de tuberculose pulmonaire.

Si le tableau clinique que nous avons vu se trouve au complet chez un malade, si le point de côté, la matité, les frottements ont un *siège nettement scissural*, nous n'hésiterons guère à penser à une affection interlobaire.

Si, par contre, ces symptômes sont de siège imprécis et de très faible intensité, le diagnostic clinique en sera à peu près impossible.

Le diagnostic d'un léger *épanchement de l'interlobe* sera parfois difficile. Nous y penserons en présence de tout souffle tubaire persistant, localisé au niveau des scissures, s'accompagnant d'une *matité suspendue* assez étendue, avec points de côté de même siège et état fébrile aux environs de 38°-39°. La ponction lombaire et l'examen radioscopique fixeront alors le diagnostic.

On éliminera le *pneumothorax scissural*, donnant

à l'auscultation une zone d'obscurité respiratoire, superposée à une zone de sonorité tympanique (Piery). Ici encore l'examen à l'écran sera caractéristique.

Au cours de la tuberculose pulmonaire il conviendra de dégager ce qui revient aux scissures.

Les *poussées évolutives fibro-caséuses* siègent surtout au voisinage des scissures. De même les *poussées pneumoniques*, siégeant le plus fréquemment au lobe supérieur, atteignent la lèvre supérieure de la scissure. Dans ces cas, il sera impossible de séparer la lésion parenchymateuse de la lésion interlobaire.

Les *épanchements pleurétiques de la grande cavité*, avec leur riche symptomatologie, ne sauraient un instant être confondus même avec un épanchement de l'interlobe.

Et, comme y insiste justement Piery, dans la *pleurite à répétition*, d'évolution bénigne, on recherchera, la plupart du temps avec succès, la lésion scissurale, qui permettra à la fois de porter le diagnostic de tuberculose et d'affirmer la bénignité du processus tuberculeux en cause.

TRAITEMENT

Il serait puéril de s'appliquer à traiter les interlobites, sans traiter les affections qui les accompagnent ou leur ont donné naissance, traitement qui, d'ailleurs, serait le plus souvent inefficace.

C'est principalement à la *tuberculose* qu'il faudra s'attaquer, et il nous est impossible de décrire ici les innombrables modalités de traitement de la tuberculose pulmonaire. Rappelons seulement que par une révulsion thoracique, scissurale appropriée, par une hygiène bien comprise, des séjours fréquents à la campagne ou au sanatorium, la création, si besoin est, du pneumothorax artificiel, une thérapeutique médicamenteuse convenable, notre malade aura chance de ne pas voir ses lésions s'étendre, s'aggraver et entraîner par la suite un pronostic défavorable.

OBSERVATIONS

A titre documentaire, nous publierons en même temps que quelques observations personnelles, trois observations de Sabourin, qui montreront qu'il est quelquefois possible, par le seul examen clinique, de diagnostiquer avec certitude les pleurites de l'interlobe.

Les observations suivantes, qui ont été prises au Service Radiologique de l'Hôpital des Enfants-Malades, mettront en parallèle la séméiologie clinique et l'interprétation radiologique. On jugera en même temps de la grande fréquence de la tuberculose pulmonaire dans les scissurites, par ces quelques exemples.

OBSERVATION I

(SABOURIN, *Revue de Médecine*, 1907).

Jeune fille atteinte depuis plusieurs années de tuberculose bénigne des deux sommets, plus marquée à droite, où s'est fait, il y a dix-huit mois, un petit foyer de ramollissement tout à fait en dedans de la région sous-claviculaire. Il y a un an, survint une attaque fébrile avec deux points de côté à droite, l'un à la colonne vertébrale,

l'autre vers l'angle inférieur de l'omoplate. La crise fut longue, se calma enfin, mais la malade conserva toujours une douleur variable à la colonne vertébrale. Après deux mois de répit, les accidents reparaissaient, et c'est à ce moment qu'elle vint au sanatorium.

L'état général est marqué par la fièvre qui s'installe en quelques jours à la courbe $37^{\circ}2-38^{\circ}4$ et persiste à ce degré pendant deux mois.

Les douleurs spontanées sont les mêmes qu'antérieurement, mais en plus, cette fois, la malade souffre en avant près du bord du sternum.

A l'examen de la poitrine on trouve les lésions insignifiantes du sommet droit, qui d'ailleurs ne donnent plus de crachats depuis quelques semaines.

Sur le reste du poumon il n'y a ni matité, ni vibrations exagérées, ni altérations de la respiration ou de la voix. Ce côté respire un peu moins fort qu'à gauche, par suite de la douleur, et c'est tout, à part le petit signe d'auscultation que nous signalerons bientôt.

A l'exploration du doigt il est facile de constater quatre points douloureux : 1° à la colonne vertébrale, entre la 3^e et la 4^e côte ; 2° à l'angle inférieur de l'omoplate ; 3° à l'extrémité antérieure de la 6^e côte ; 4° à l'extrémité antérieure de la 4^e côte. Sur ces quatre foyers, très nettement limités, la pression du doigt réveille la brusque défense musculaire, tandis que sur le reste de la bande scissurale, il n'y a ni perception douloureuse appréciable, ni réaction.

Le seul point où l'auscultation décèle un bruit anormal est l'angle inférieur de l'omoplate. La toux y réveille nettement, et de façon constante, un foyer de frottements secs de la plèvre qui dépasse en avant l'angle et le bord de cet os sur une étendue de quelques centi-

inètres. Ces frottements restent immuables tant que dure la période fébrile.

OBSERVATION II (SABOURIN).

Jeune homme de robuste constitution, devenu tuberculeux par surmenage prolongé. Malade depuis un an, avec des lésions vulgaires des sommets, légères à droite, plus étendues à gauche, où il y a encore un petit foyer ramolli dans l'angle interne de la fosse sus-épineuse.

Depuis quelques mois il souffre à peu près continuellement de son côté gauche, depuis le rachis jusqu'en bas de la ligne axillaire. Ces douleurs reviennent plus fortes, par crises de 8 ou 15 jours de durée. Dans les périodes de calme la température est à 36°6-36°8.

Au début de sa cure de sanatorium, nous assistons à une de ses crises, qui dura une quinzaine de jours pendant lesquels le thermomètre s'éleva à 37°2-38°. Pendant ce temps, jusqu'à ce que la fièvre fut complètement tombée, les symptômes morbides n'ont pas varié.

Les lésions du sommet, presque desséchées déjà ne donnent plus d'expectoration régulière et ne bougent pas.

Aucune altération de la sonorité pulmonaire, ni des vibrations ; le poumon gauche respire seulement moins fort à cause de la douleur.

Cette douleur occupe vaguement le trajet de l'écharpe scissurale depuis le rachis jusqu'au bas de l'aisselle en avant, mais les exacerbations se font sentir surtout à la colonne vertébrale et au niveau de la 6^e côte en avant.

A l'examen direct on trouve 3 foyers douloureux à la pression du doigt : 1° le point rachidien entre la 3^e et

la 4^e côte ; 2° le point rétro-axillaire sous l'angle inférieur de l'omoplate ; 3° le point antérieur de l'extrémité de la 6^e côte. Ces foyers douloureux sont nets, bien limités et la pression y provoque le phénomène de défense musculaire.

Sur le reste de la bande scissurale la douleur n'existe pas. Comme signes d'auscultation, on ne trouve rien au niveau du point vertébral, rien non plus sur le point antéro-inférieur, mais au niveau du point rétro-axillaire et un peu en arrière du bord postérieur de cet os, on découvre à la respiration et surtout à la toux un foyer de bruits secs, frottements secs de la plèvre, vraisemblablement de modalité constante. C'est la seule région de la marge scissurale où émerge la pleurésie sèche de l'interlobe.

Dès que la fièvre est tombée, ces bruits anormaux disparaissent, il ne resta bientôt plus aucune sensibilité, même à la pression, sur les trois foyers antérieurs douloureux et, chose remarquable, le malade ne parut pas ultérieurement plus court d'haleine qu'avant cette dernière crise.

OBSERVATION III (SABOURIN).

Jeune homme robuste, devenu tuberculeux à la suite de surmenage prolongé. Accidents bénins du sommet droit avec quelques poussées congestives depuis un an. Il y a trois mois, attaque fébrile de quelques jours seulement, avec douleur occupant la bande scissurale depuis le rachis jusqu'à l'angle inférieur de l'omoplate. Sans expectoration appréciable, sans élévation de température au-delà de 37°4 le soir, cette douleur dorsale persiste depuis 3 mois, assez forte pour empêcher le malade de se coucher à sa volonté sur le dos.

A l'examen de la poitrine, on trouve un sommet droit submat, respirant mal, sans bruits anormaux notables. A part une faiblesse relative du murmure respiratoire dans tout le côté droit, la palpation, la percussion l'auscultation, ne permettent de rien découvrir, excepté sur le trajet de la bande scissurale.

Il y a trois points douloureux très nets à la pression du doigt, qui éveille la défense musculaire : 1° à la colonne vertébrale ; 2° à l'angle inférieur de l'omoplate ; 3° à l'extrémité antérieure de la 4° côte. Les régions intermédiaires ne sont plus sensibles.

Au niveau du point vertébral on trouve à l'auscultation, pendant la toux, quelques craquements ou froissements pleuraux très limités, très déliés au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate et un peu sur le bord adjacent de cet os ; il y a aussi à la toux des frottements pleuraux, mais beaucoup plus nombreux et plus nets que les précédents ; sur le point antérieur on ne trouve absolument rien.

Après 3 semaines de cure d'air et de repos, la température était tombée à 36°6-36°8, les douleurs avaient disparu, même à la pression du doigt et l'on ne trouvait plus trace des bruits anormaux sur la scissure.

OBSERVATION IV (Personnelle).

Gaston D..., 10 ans. Entré à l'hôpital le 14 juin 1925, le malade se plaint depuis deux mois de céphalées, sueurs nocturnes et anorexie. De plus il tousse beaucoup et les accès de toux réveillent des douleurs abdominales.

Antécédents personnels : coqueluche il y a deux ans, oreillons, scarlatine. Le malade a été soigné 6 mois auparavant pour une angine. Par la suite il a été envoyé

à Hendaye d'où il est revenu avec une amélioration de son état, et a repris 2 kilogs. Depuis son retour il se plaint d'une perte de poids sensible.

A l'examen on constate un faciès pâle, une langue saburrale, un thorax amaigri.

La pression sur le côté droit réveille une vive douleur avec réflexe de défense. Il n'y a pas de point de côté nettement localisé. A l'auscultation on trouve une obscurité respiratoire à la base droite, sans frottements ni râles.

Diagnostic clinique : *tuberculose pulmonaire.*

Examen radioscopique : en position antéro-postérieure on constate l'existence d'une ombre peu accentuée, à limites floues de la base droite. (Voy. fig. 1.) Cette ombre devient plus opaque et diminue de hauteur quand on élève l'ampoule. (Fig. 2.)

En position oblique antérieure droite, on voit apparaître une bande très opaque, oblique en bas et en avant, allant depuis le hile jusqu'à la coupole diaphragmatique. (Fig. 3.)

Les sommets s'éclairent bien, le sinus costo-diaphragmatique droit est légèrement moins mobile que le gauche.

Diagnostic : *scissurite oblique droite.*

OBSERVATION V (Personnelle).

Lucette P..., 20 mois. Entrée à l'hôpital le 26 janvier 1926, pour toux persistante et diarrhée verte sans vomissements.

Pas d'antécédents personnels pathologiques. L'enfant est malade depuis huit jours seulement.

A l'examen on constate au 2/3 inférieurs du poumon droit une zone de matité étendue et des sous-crépitations humides de tout calibre.

Rien à gauche. Température autour de 37° le matin, 37°5 le soir.

Cuti-négative.

Pas d'amaigrissement.

Diagnostif clinique : *congestion pulmonaire droite*.

Examen radioscopique : 27 janvier 1926. Diminution de transparence de la moitié du champ pulmonaire droit, avec zone d'obscurité partant du hile allant jusqu'à la paroi à la hauteur de la corne supérieure du hile. *Scissurite horizontale*.

30 janvier 1926. Les brides fibreuses opaques sont les mêmes, mais dans l'intervalle le parenchyme s'est éclairci.

12 février 1926. A droite, partant de la corne supérieure du hile, traînées obscures se dirigeant l'une vers l'aisselle, l'autre vers le diaphragme. 19 février 1926.

Même aspect.

OBSERVATION VI (Personnelle).

Josette H..., 15 mois. Née à terme, nourrie au sein, ni rougeole, ni coqueluche.

Début il y a 9 mois par de la toux. Fièvre vespérale. Pas d'amaigrissement sensible.

A l'auscultation, râles disséminés de bronchite, sibilances principalement en arrière. Aucune localisation scissurale.

Cuti-positive.

Diagnostif clinique : *Bronchite tuberculeuse*.

Examen radioscopique : 5 février 1926. Bande d'obscurité rectiligne à droite, occupant le trajet de la *scissure horizontale*.

12 février 1926. Zone d'obscurité homogène occupant la plus grande partie du lobe supérieur du pou-

mon droit, à limite inférieure très nette. Cette limite est formée par la scissure horizontale.

19 février 1926. Aucun changement.

OBSERVATION VII (Personnelle).

Maurice B..., 14 ans $\frac{1}{2}$, sans profession.

Antécédents héréditaires : père atteint de bronchite chronique.

Antécédents personnels : croup, rougeole, scarlatine, coryza chronique, typhoïde ; opéré il y a un an d'hypertrophie des cornets.

Au dire de la mère, l'enfant a toujours été maigre, aux joues pâles, a toujours eu une toux sèche. Etat lymphatique, quelques sueurs nocturnes. L'enfant est paresseux, n'a aucun goût pour le travail. Toujours sujet aux adénites, toujours faible et envoyé plusieurs fois dans sa jeunesse à la campagne.

Examen clinique. Thorax peu développé. Submatité des deux sommets. Quelques râles discrets et quelques frottements pleuraux au sommet droit. Plus bas, respiration rude, pas de râles. Pas de points de côté. La pression ne révèle pas de douleur au niveau de la scissure oblique droite.

Diagnostic clinique : *Tuberculose pulmonaire.*

Examen radioscopique : à droite, à hauteur de la corne inférieure du hile, zone d'opacité homogène, s'étendant jusqu'à la paroi, augmentant d'intensité lorsqu'on élève l'ampoule.

En position oblique antérieure droite, cette zone d'obscurité a des limites supérieures et inférieures très nettes et se dirigeant obliquement vers le diaphragme.

Scissurite oblique droite.

OBSERVATION VIII (Personnelle).

Georgette K., 7 ans. Entrée à l'hôpital pour amaigrissement et toux.

Antécédents personnels : méningite cérébro-spinale à 3 mois, traitée au sérum. — Méningite à 7 mois, traitée à l'hôpital Saint-Louis. Par la suite, suppuration des oreilles.

Elevée au sein jusqu'à 27 mois. A marché et parlé à 9 mois. Très nerveuse. Coqueluche à 18 mois. Rougeole à 20 mois. Diphtérie il y a un an.

Examen clinique : fièvre vespérale aux environs de 38-38°2. Respiration rude dans l'espace inter-scapulo-vertébral droit et matité à ce niveau. Submatité derrière le manubrium sternal.

Râles disséminés.

Diagnostic clinique : *Bronchite et adénopathie hilare droite.*

Examen radioscopique : 9 novembre 1925. Au sommet droit obscurité non homogène, limitée à sa partie inférieure par un contour net qui paraît être la *scissure horizontale*.

14 novembre 1925. Même aspect.

8 février 1926. Même aspect.

OBSERVATION IX (Personnelle).

Hélène K., 16 mois.

Entrée à l'hôpital avec le diagnostic de *pleurésie purulente*.

Signes de matité à la base droite, avec respiration abolie. Une ponction exploratrice ramène un centimètre cube de liquide purulent. Température : 40°.

Cuti-négative.

L'examen à l'écran montre en même temps qu'un

épanchement purulent abondant à droite une image de *scissurite horizontale*.

Il est bien évident que dans ce cas les frêles signes cliniques d'interlobite sont complètement masqués par ceux, énormes, de la pleurésie purulente de la grande cavité.

OBSERVATION X (Personnelle).

Andrée A..., 5 ans, vient consulter parce qu'elle tousse tous les hivers.

Antécédents héréditaires : père et mère atteints de bronchites à répétition, suspects de tuberculose.

Antécédents personnels : bronchite à 4 mois, coqueluche, rougeole, scarlatine, oreillons (?), varicelle, ictère, hypertrophie des amygdales, végétations adénoïdes.

Il y a deux ans, elle pesait 14 kgs. Depuis elle n'a jamais augmenté son poids. Au moment de l'examen elle ne pèse que 13 kgs.

A l'examen on ne découvre pas de signes actuels de bronchite. L'enfant a des sueurs nocturnes et diurnes, elle n'a pas d'appétit, dort peu la nuit. Quelquefois vomissements après les repas. Au dire de la mère, l'enfant se plaint souvent des côtés quand elle tousse, et n'a qu'une fièvre légère, même au moment des bronchites.

L'examen clinique montre une respiration rude aux deux sommets. Pas de râles. Douleur à la pression en arrière au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate et le long de la scissure oblique jusqu'à l'extrémité interne de la 6^e côte.

Diagnostic clinique : *Scissurite tuberculeuse*.

Examen radioscopique : quelques nodules dans la région hilare droite. De plus, à droite, à hauteur de la corne inférieure du hile, zone congestive à limites très

floues lorsque le rayon de l'ampoule est normal, mais à limites nettes lorsqu'on élève l'ampoule jusqu'à la position optima.

En position oblique antérieure droite, cette image apparaît sous la forme d'une zone étroite à obscurité très marquée, à direction oblique allant jusqu'au diaphragme avec limites très nettes.

Diagnostic : *Adénopathie trachéo-bronchique et scissurite oblique droites.*

OBSERVATION XI (Personnelle).

Charles G..., 12 ans.

Antécédents héréditaires : père mort de granulie, après deux ans de sanatorium. Huit frères ou sœurs, tous plus ou moins débiles.

Antécédents personnels : né à terme, nourri trois mois au sein. Rougeole, coqueluche à deux ans. A l'âge de 6 ans, a été mis dans un sanatorium et y est resté 4 ans, avec alternatives de sorties et de rentrées.

L'enfant, qui a peu d'appétit, est très sujet aux bronchites et tousse tous les matins quand il se lève, depuis plusieurs années.

Examen : thorax plat, enfant pâle.

Submatité dans l'espace interscapulo-vertébral droit. L'auscultation en arrière donne : à droite, gros râles ronflants disséminés et souffle hilaire dans l'espace interscapulo-vertébral droit ; à gauche, frottements pleuraux à la base et respiration rude au sommet.

A l'auscultation, en avant, on découvre à gauche des râles de bronchite partout. A droite, au sommet, râles ronflants. Plus bas, frottements pleuraux, durs, ayant leur maximum au niveau du 4^e espace intercostal sous le mamelon.

Il n'y a pas de douleur bien nette à la pression sur aucun point du trajet des scissures.

Cuti-positive, ce qui n'a pas grande valeur.

Diagnostic clinique : *Adénopathie trachéo-bronchique droite et tuberculose bilatérale.*

Examen radiologique : à droite, en position antérieure, un peu au-dessous de la corne inférieure du hile, zone très diffuse se prolongeant jusqu'à la paroi, augmentant d'intensité quand on élève l'ampoule. Dans la position oblique antérieure droite, l'image se présente sous la forme d'une bande obscure allant jusqu'au diaphragme.

Quelques nodules hilaires bilatéraux.

Scissurite oblique droite et adénopathie.

OBSERVATION XII (Personnelle).

Yvonne B..., 13 ans, employée, ayant quitté la campagne pour venir à Paris où elle habite depuis un an.

Antécédents héréditaires : père mort tuberculeux, un frère vivant, bacillaire.

Antécédents personnels : rougeole, coqueluche. Entrée à l'hôpital pour bronchite à répétition survenant tous les hivers, depuis de longues années.

Appétit diminué, amaigrissement. Crachats abondants, pas d'hémoptysies. N'est pas encore réglée.

Examen physique : en avant, respiration rude aux deux sommets. En arrière : matité des deux sommets. A gauche, respiration rude, quelques râles humides. A droite, frottements pleuraux au sommet, à la base respiration soufflante.

Quelquefois apparition de points de côté sans localisation bien nette.

Diagnostic clinique : *Pleurite tuberculeuse bilatérale.*

Examen radioscopique : à droite, zone non homogène d'opacité à la hauteur de la corne inférieure du hile, se condensant lorsqu'on élève l'ampoule. En position oblique antérieure droite, cette zone d'opacité a des limites très nettes et une direction oblique vers le diaphragme. *Scissurité oblique*.

Les sommets sont clairs.

OBSERVATION XIII

(Due en partie à l'obligeante communication
de M. APERT).

Lucienne D..., 9 ans. Entrée à l'hôpital sur le conseil d'un médecin pour tuberculose pulmonaire (8 février 1926).

Antécédents : parents bien portants. Née à terme, accouchement normal. Allaitée au sein jusqu'à 20 mois. A eu la coqueluche il y a un mois, à la suite de rougeole, en décembre dernier.

Présente encore des quintes. Pas d'autre affection antérieure. A maigri depuis 2 mois. S'enrhume chaque hiver. Habituellement peu d'appétit, pas constipée.

Examen : aspect pâle, enfant immobile, indifférente. Température aux environs de 38°-38°5.

A l'auscultation on trouve des râles ronflants en avant des deux côtés. En arrière, frottements pleuraux et râles sous crépitants fins, disséminés sur les deux poumons.

La recherche du bacille de Koch dans les crachats a été négative. Néanmoins le diagnostic de *tuberculose* est incontestable.

Examen radiologique : à droite, à la hauteur de la corne inférieure du hile, zone d'obscurité s'étendant

presque jusqu'à la paroi, augmentant d'intensité lorsqu'on élève l'ampoule.

En oblique antérieure droite, cette zone obscure a des limites nettes et une direction oblique vers le diaphragme.

Scissurite oblique droite.

OBSERVATION XIV (Personnelle).

Jacqueline V..., 6 ans, entrée le 2 octobre 1925.

Antécédents héréditaires : père tuberculeux. Tous les oncles ou tantes de l'enfant (au nombre de 5) sont morts de phthisie. Une sœur suspecte.

Antécédents personnels : coqueluche en juillet 1925 et à la suite broncho-pneumonie qui dura un mois et demi.

Signes généraux : pas d'appétit. Amaigrissement depuis deux mois. Tousse constamment depuis sa coqueluche, surtout le matin. Crachats abondants.

Examen physique : en arrière, râles secs au sommet gauche, obscurité respiratoire à la base gauche. A droite, quelques râles au sommet, obscurité partout ailleurs.

En avant : respiration rude à hauteur de la scissure horizontale. Zone de matité au niveau du 3^e espace intercostal droit. Pas de points de côté, pas de douleur sensible à la pression dans les régions interlobaires.

Diagnostic clinique : *Bronchite suspecte et peut-être scissurite.*

Examen radioscopique, 3 octobre 1925 : diminution de transparence du champ pulmonaire droit, surtout accentuée à la partie moyenne.

7 novembre 1925 : même aspect.

12 décembre 1926 : signes nets de *scissurite hori-*

zontale : étroit ruban opaque, barrant la clarté du champ pulmonaire à l'union du tiers supérieur et du tiers moyen, à direction horizontale du hile à la périphérie.

12 février 1926' : la zone d'obscurité occupant la scissure a presque complètement disparu.

CONCLUSIONS

1° Les scissurites se rencontrent fréquemment chez l'enfant, au cours de l'adénopathie trachéo-bronchique. Dans 80 % des cas environ elles doivent être attribuées à la tuberculose. Le bacille de Koch frappe plus souvent dans l'enfance la base ou les scissures du poumon que le sommet.

2° Dans certains cas, les symptômes en sont très nets, dans d'autres ils échappent au clinicien le plus averti, et le diagnostic ne peut en être fait que par un examen radioscopique. Il y aura d'ailleurs grand intérêt à faire le diagnostic, toutes les fois que la scissurite constituera la première ou la seule manifestation tuberculeuse.

3° Sous l'écran, les scissurites obliques n'apparaissent clairement que pour une certaine position de l'ampoule et du malade : lorsque les rayons de Roëntgen traversent le plan de l'interlobe dans toute sa longueur.

Les scissurites horizontales se voient directement en position antéro-postérieure du malade.

4° L'évolution des scissurites est essentiellement variable. Dans certains cas, elles disparaissent sans laisser de traces, dans d'autres se terminent par une symphyse pleurale irréductible.

5° Le traitement ne sera rationnel que s'il s'attaque à la cause de la lésion, la plus grave étant la tuberculeuse pulmonaire.

VU :
Le Président,
NOBÉCOURT.

VU et PERMIS d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
P. LAPIE.

VU :
Le Doyen,
ROGER.

BIBLIOGRAPHIE

- AMEUILLE. — Les paradoxes de la symphyse pleurale. *Bulletin et Mémoire Société Méd. des Hôpitaux*. Paris, 1922.
- APTEKMANT. — Intradermoréaction à la tuberculine. *Thèse de Paris*, 1909.
- BARJON. — Les pleurésies enkystées de la région du hile, carrefour hilaire de la plèvre, étude clinique et radiologique. *Journal de Radiologie et d'Electrologie*. Paris, 1914.
- Radiodiagnostic de la symphyse pleurale. *Paris Méd.* 1921.
- BECLÈRE. — Examen radioscopique des plèvres interlobaires et diagnostic de la sclérose de l'interlobe. *Presse Médicale*, mars 1902.
- BOIS. — Les pleurésies enkystées de la région du hile. *Thèse de Lyon*, 1914.
- BORMANS. — La pleurésie interlobaire. *Arch. Méd. belges*. Bruxelles, 1904.
- CASTAIGNE (G.). — Etude physiologique de la plèvre malade. *Bulletin et Mémoire Soc. Méd. des Hôpit.* Paris, 1900.
- CASTAIGNE (Joseph) et DEBRÉ. — *Maladies de la plèvre*. Paris, 1912.
- CHAUFFARD. — La pleurésie interlobaire. *Revue générale de clinique et de thérapeutique*. Paris, 1905.

- La pleurésie interlobaire. *Revue générale de clinique et de thérapeutique*. Paris, 1914.
- COMBY. — Un cas de pleurésie interlobaire. *Arch. de Méd. des Enfants*. Paris, 1906.
- DUPLAND. — Des pleurésies enkystées. *Province Médical*. Lyon 1898.
- FROES. — Radiologia das pleuras. *Gaz. Med. da Bahia*, 1904.
- GARCIN. — *Journal de Radiologie*. Février 1922.
- GARRAHAN. — Pleurite du sommet chez les enfants bacillaires. *Arch. de Méd. des Enfants*. Paris, 1923.
- GILSON. — Exploration radiologique des interlobes pulmonaires à l'état pathologique. *Journal de Radiologie*. Janvier 1922.
- GLUGÉ. — La pleurésie sèche. *Revue générale de clinique et de thérapeutique*. Paris, 1920.
- GUINON. — Sur les difficultés de diagnostic de la pleurésie interlobaire. *Bulletin et Mém. Soc. Méd. des Hôp.* Paris, 1899.
- KLEIN et ALLAIRE. — Pleurésie interlobaire et radioscopie. *Gaz. Méd. de Nantes*, 1900.
- LETULLE. — Anatomie pathologique des pachy-pleurites. *Bulletin de l'Académie de Médecine*. Paris, 1910.
- LETULLE et NALTAN-LARRIER. — Anatomie pathologique des plèvres, in *Précis d'Anatomie pathologique*.
- MALLOIZEL. — Recherches anatomo-cliniques sur les réactions pleuro-corticales. *Revue de Médecine*. Paris 1907.
- MÉRY. — Les pleurésies interlobaires. *Journ. de Méd. int.* Paris 1905.
- NICLOT. - - Le diagnostic des adhérences pleurales. *Méd. Mod.* Paris, 1902.
- PIERY. — La pleurite tuberculeuse à répétition. *Presse Médicale*, 1916.

- Les localisations scissurales de la tuberculose pulmonaire et leur valeur séméiologique. *Presse Médicale*, Février 1919.
- RIST et AMEUILLE. — Déformation de la scissure interlobaire dans la tuberculose pulmonaire. *Bulletin et Mémoire de la Soc. Médic. des Hôp. de Paris*, Décembre 1921.
- ROCHARD. — Topographie des scissures interlobaires du poumon. *Gazette des Hôpitaux*, 1892.
- ROYER. — Adénopathie trachéo-bronchique et cuti-réaction à la tuberculose. *Thèse Paris*, 1922.
- SABOURIN. — Sur le pneumothorax scissural. *Arch. gén. de Méd.* Paris, 1905.
- Le point de côté scissural. *Revue de Médecine*, Paris, 1907.
- Interlobites sèches et pleurites en bouton de chemise. *Arch. générale de Médecine*, Janvier 1912.
- Pseudo-épanchements de l'interlobe et interlobites mixtes chez les tuberculeux. *Arch. génér. de Médec.* Mars 1912.
- Le point de côté paradoxal chez les tuberculeux. *Journal des Praticiens*, Mai 1914.
- Synthèse clinique des interlobites chez les tuberculeux. *Presse Médicale*, 1917.
- SERGEANT. — Ce que le médecin peut et doit demander à l'examen radiologique pour le diagnostic des affections pleurales. *Hôpital*, Paris, 1921.
- Pleurites sèches et cortico-pleurites. *Paris Médic.*, 1924.
- Les symphyses pleurales. *Bulletin Méd.* Paris, 1924.
- TESTUT. — Anatomie et topographie des scissures. In *Traité d'Anatomie descriptive*.
- VAUDEPUT (E.). — Un cas de cortico-pleurite juxta-scissural. *Journ. Méd. de Bruxelles*, 1914.

VERMOREL. — Recherches anatomiques et expérimentales sur l'inflammation pleurale. Paris, 1898.

WIDAL. — Pleurésie interlobaire. *Revue générale de clinique et de thérapeutique*. Paris, 1912.
